

BIBLIOTECA TELEMÁTICA

www.secpal.com



33ª Entrega. Marzo 2008

INDICE

Articulo	Pag.
Definir la valoración de leve, moderado y severo en los síntomas debidos al cáncer: ¿hasta qué punto son consistentes y tienen un sentido clínico los puntos de corte que se basan en cómo interfieren los síntomas?	1
Intervenciones basadas en la evidencia para mejorar la atención paliativa del dolor, la disnea y la depresión al final de la vida: directrices de práctica clínica del American College of Physicians.	1
Diagnóstico precoz de síntomas depresivos en pacientes con cancer de pulmón irresecable.	2
Evaluación de la escala Memorial Delirium Assessment (MDAS) para el diagnóstico precoz de delirium mediante casos simulados en un equipo de cuidados paliativos.	2
¿Qué síntomas y dimensiones funcionales pueden ser predictores de los índices de calidad de vida global en pacientes con cáncer de pulmón?	3
Revisión sistemática de la evidencia para mejorar los cuidados paliativos al final de la vida.	4
Metaanálisis acerca de la predicción de la supervivencia mediante el Palliative Performance Scale.	4
Oxicodona y morfina poseen distintos perfiles farmacológicos: unión a radioligando y estudios de comportamiento del dolor neuropático en dos modelos murinos.	5
Efectos de la hidromorfona en la ventilación en pacientes de cuidados paliativos con disnea.	5
Prevalencia elevada de dolor en pacientes oncológicos en los Países Bajos.	6
La negación como una experiencia en enfermedades graves.	6
Utilidad de la biopsia con aguja gruesa en recurrencia y estadios avanzados de cáncer de cabeza y cuello en enfermos paliativos.	7
Dipirona asociada a morfina oral en el dolor por cáncer: cuanto antes mejor.	7
Acupuntura en Cuidados Paliativos.	8
Darbepoetina alfa en el tratamiento de la anemia en pacientes oncológicos con tumor activo que no reciben quimioterapia o radioterapia: resultados de un ensayo clínico en fase III de distribución aleatoria multicéntrico, doble ciego y controlado con placebo.	9
Ensayos clínicos en tratamiento paliativo: ¿han cambiado de sitio los postes de la portería?	9
Tendencias del consumo de analgésicos opioides en España. Mayores aumentos coincidiendo con el remplazo de morfina por fentanilo.	10
Efecto sinérgico entre tramadol y fármacos anticonvulsivantes en el tratamiento de la alodinia producida por lesión de raíz nerviosa.	10

Definir la valoración de leve, moderado y severo en los síntomas debidos al cáncer: ¿hasta qué punto son consistentes y tienen un sentido clínico los puntos de corte que se basan en cómo interfieren los síntomas?

Given B, Given CW, Sikorskii A, Jeon S, McCorkle R, Champion V, et al. Establishing mild, moderate, and severe scores for cancer-related symptoms: how consistent and clinically meaningful are interference-based severity cut-points? J Pain Symptom Manage. 2008;35(2):126-35.

Las escalas numéricas y las categóricas que se emplean en la evaluación de los problemas en parte se solapan y en parte se complementan. Los autores quieren definir cuál es el punto de corte en una valoración 0-10 para distinguir entre tres categorías (leve, moderado y severo) en 16 problemas frecuentes en el enfermo oncológico. Para ello incluyen 588 pacientes (85% con cáncer avanzado) en tratamiento con quimioterapia y a todos los que señalan una puntuación superior a cero les pidieron que indicaran en una escala 0-10 en qué medida el síntoma interfería en su capacidad de disfrutar, en la relación con los demás, en las actividades de la vida diaria y en sus emociones. Para definir los puntos de corte de las tres categorías se comparó cómo interfería en las demás variables cada aumento sucesivo en la intensidad del síntoma. En general, los puntos de corte guardaban relación con el desánimo del paciente y la limitación de la actividad física. Los puntos de corte fueron diferentes en cada síntoma. Para la alopecia: leve 1, moderada 2-5, severa 6-10. Para la ansiedad: leve 1-3, moderada 4-5, severa 6-10. Para la hiporexia: leve 1-3, moderada 4-6, severa 7-10. Para el estreñimiento: leve 1-3, moderado 4-6, severo 7-10. Para la tos: leve 1-2, moderada 3-4, severa 5-10. Para el desánimo: leve 1, moderado 2-3, severo 4-10. Para la diarrea: leve 1-3, moderada 4-5, severa 6-10. Para la xerostomía: leve 1-4, moderada 5-6, severa 7-10. Para la disnea: leve 1-2, moderada 3-6, severa 7-10. Para el cansancio: leve 1, moderado 2-4, severo 5-10. Para la presencia de náuseas y vómitos: leve 1-3, moderada 4-6, severa 7-10. Para el dolor: leve 1, moderado 2-4, severo 5-10. Para la neuropatía: leve 1-3, moderada 4-7, severa 8-10. Para los problemas de memoria: leve 1, moderada 2-4, severa 5-10. Para la alteración del sueño: leve 1-3, moderada 4-6, severa 7-10. Y para la debilidad: leve 1-2, moderada 3-4, severa 5-10.

Comentario

Cualquier método que pretenda valorar equivalencias entre escalas numéricas y categóricas aporta resultados limitados y, por tanto, discutibles. Pero los datos son, por lo menos, orientativos y sugerentes, como en este caso. Llama la atención inicialmente cómo la división clásica (leve 1-3, moderado 4-6, severo 7-10) parece que en este estudio se desvía hacia la izquierda, es decir, que los puntos de corte se sitúan en valores más bajos de la escala numérica. Hasta en seis problemas sólo se puntúa como leve la

puntuación mínima (1); a partir de ahí toda intensidad se considera, por lo menos, moderada. Al igual que son seis los problemas en que una puntuación media (5) se considera ya de una intensidad severa. Por lo demás, como indican los autores, los puntos de corte entre diferentes categorías parecen guardar cierta relación con la limitación física inducida por el problema.

Journal of Pain and Symptom Management

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 03-02-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Intervenciones basadas en la evidencia para mejorar la atención paliativa del dolor, la disnea y la depresión al final de la vida: directrices de práctica clínica del American College of Physicians.

Qaseem A, Snow V, Shekelle P, et al. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2008; 148: 141-6.

Los autores llevan a cabo una revisión de las publicaciones en Medline y en el Database of Abstract entre 1990 y 2005 referidos a cáncer, insuficiencia cardiaca congestiva y demencia. En general, presentan recomendaciones sólidas pero con un respaldo moderado en la evidencia. Hay datos que respaldan que los equipos multidisciplinares y una atención coordinada y continuada y la facilidad en la comunicación mejoran globalmente la atención del paciente. En relación con los cuidadores no se ha conseguido la misma evidencia. De acuerdo con la experiencia en enfermos oncológicos, recomiendan que se evalúe de manera regular en el enfermo en situación avanzada-terminal los problemas más relevantes como dolor, disnea o depresión. Asimismo se indica que en estos pacientes se empleen tratamientos de eficacia probada. En el caso del dolor son los AINE, los opioides y los bifosfonatos. En la disnea estos tratamientos son los opioides (que cuando se emplean no nebulizados parecen reducir un 40% la intensidad del síntoma) y el oxígeno, éste último con un efecto más limitado en el tiempo. En la depresión han demostrado eficacia tanto las intervenciones psicosociales (información, educación, terapia conductual cognitiva y no cognitiva y soporte individual y de grupo) como fármacos del tipo de los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores de la recaptación de la serotonina. Por otra parte, también se indica, como una recomendación pero con poco respaldo en la evidencia, que los clínicos deben prever y planificar los posibles cuidados y atenciones del paciente, de manera que se prevea la actitud de cara a diferentes medidas avanzadas, como la reanimación cardiorrespiratoria, la nutrición por sonda en ciertas demencias o la desactivación de desfibriladores implantables. Además, estas medidas se deben valorar periódicamente en la medida en que aparezcan cambios clínicos.

Comentario

Los datos son interesantes, pero parciales. En la evaluación global de la evidencia en el control de síntomas en el enfermo terminal es fácil caer en una visión demasiado reducida al no poder abarcar tantas variables que llevan a tener que individualizar los problemas y los pacientes. Y sucede que el impacto limitado de ciertas medidas que han suscitado interés (en ocasiones por el respaldo económico de ciertas empresas) llega a tener un gran eco mientras que otras medidas quedan necesariamente marginadas al no haber conseguido ser valoradas en estudios amplios y bien diseñados. En resumen, los datos de este estudio son buenos y son útiles, pero no son exhaustivos ni mucho menos exclusivos.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 17-01-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Diagnóstico precoz de síntomas depresivos en pacientes con cáncer de pulmón irreseccable.

Neron S, Correa JA, Dajczman E, Kasymjanova G, Kreisman H, Small D. Screening for depressive symptoms in patients with unresectable lung cancer. Support Care Cancer. 2007;15:1207-12.

Se trata de un trabajo en el que se evalúan los síntomas depresivos de los pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de pulmón no quirúrgico, mediante dos escalas: el test de HADS autoadministrado por un paciente (7 ítems relativos a depresión) y el test de MADRS (10 ítems que se puntúan entre 0 y 6) administrado por un profesional adiestrado. En todos los casos la primera evaluación se realiza a la semana del diagnóstico y sucesivamente durante los dos primeros ciclos de quimioterapia, hasta completar un total de 4 evaluaciones. El trabajo incluye, en dos años, 49 pacientes con cáncer de pulmón de célula no pequeña en estadios IIIa, IIIb y IV. Completaron el estudio 42 pacientes. El rango de edad fue de 38-82 años. El ECOG del 60% de los pacientes fue de 0-1.

Los autores señalan que la depresión medida mediante el MADRS ronda el 50% de los casos en cualquiera de las evaluaciones y fue significativamente superior al autotest del HADS. El nivel de depresión se correlaciona con el nivel funcional (ECOG) aunque no se puede establecer una relación de causa efecto.

Comentario

Este trabajo pone de manifiesto las dificultades de diagnóstico de los síntomas de depresión en el contexto de la

enfermedad oncológica avanzada. La ausencia de herramientas diagnósticas específicas para estos pacientes en paliativos hace más difícil este trabajo.

Probablemente un diagnóstico precoz de este tipo de síntomas de forma concomitante al abordaje oncológico mejorarán la calidad de vida de los enfermos, las estrategias de afrontamiento y la gestión de las emociones al final de la vida

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 22-01-2008
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Evaluación de la escala Memorial Delirium Assessment (MDAS) para el diagnóstico precoz de delirium mediante casos simulados en un equipo de cuidados paliativos.

Fadul N, Kaur G, Zhang T, Almer JL, Bruera E. Evaluation of the memorial delirium assessment scale (MDAS) for the screening of delirium by means of simulated cases by palliative care health professionals. Support Care Cancer. 2007;15:1271-1276.

El equipo de Eduardo Bruera nos presenta este trabajo que constituye un análisis retrospectivo del adiestramiento de los profesionales en el manejo de una nueva herramienta para valorar delirium en su unidad de cuidados paliativos.

El trabajo se inicia con un análisis crítico y comparativo del Minimental test del Folstein y del Memorial Delirium Assessment (MDAS). Dado que el MDAS es una escala en la que participa el juicio clínico del evaluador, los autores desarrollaron un manual en el que se explicasen los ítems así como los criterios y posteriormente realizaron un seminario con el personal sanitario.

Tras todo ello establecieron una prueba piloto, mediante 3 casos clínicos escritos. Los tres casos presentaban situaciones que requerían un diagnóstico diferencial de delirium para los que cada profesional debía completar el MDAS. El análisis de los datos se realizó mediante Chi cuadrado.

Recogieron datos procedentes de 31 encuesta (11 médicos, 12 enfermeras y 8 personas correspondientes a otras disciplinas). Tomando los datos de todos los participantes en conjunto, en el 96% de los casos la evaluación fue correcta. Los ítems que se asociaron a más errores fueron: 1, 5, 6, 9, que corresponden a ítems de valoración clínica sobre: nivel de alerta (1); capacidad de atención (5); organización del pensamiento (6); actividad psicomotriz (9).

Estos resultados les animan a mejorar el adiestramiento de los profesionales, aunque el hecho de tratarse de casos escritos puede haber influido en los resultados.

Comentario

Considero que se trata de un trabajo interesante porque pone de manifiesto la necesidad de una sistemática y un adiestramiento coincidiendo con la incorporación de una nueva herramienta de trabajo. Creo que los latinos somos más dados a incorporar las escalas sin haber leído el manual que las acompaña y aplicarlas incluso cuando no están validadas en nuestro idioma. El MDAS está validado en italiano y japonés. Sólo si somos rigurosos en el uso de escalas y herramientas diagnósticas alcanzaremos resultados extrapolables.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 30-01-2008
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

¿Qué síntomas y dimensiones funcionales pueden ser predictores de los índices de calidad de vida global en pacientes con cáncer de pulmón?

Ostlund U, Wennman-Larsen A, Gustavsson P, Wengstrom Y. What symptoms and functional dimensions can be predictors for global ratings of overall quality of life in lung cancer patients? Supportive Care Cancer. 2007;15(10): 1199-1205.

Partiendo de que el cáncer de pulmón es un tumor de alta incidencia en los países occidentales y su diagnóstico es tardío, los autores del trabajo defienden la necesidad de una intervención paliativa precoz. Los autores coinciden con la bibliografía al afirmar que una de las finalidades de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida (CV) de los pacientes. En este contexto, desarrollan su estudio en el que pretenden establecer qué factores son los más influyentes en la CV relacionada con la salud percibida por pacientes y familiares.

La metodología que emplean es la siguiente: Administran dos cuestionarios de CV a pacientes diagnosticados de cáncer y sus familiares, de forma repetida en 6 ocasiones. Los cuestionarios seleccionados fueron: Quality of Life 30 de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) y el cuestionario LC13, específico para los casos de cáncer de pulmón.

Los análisis desarrollados son: correlación entre las encuestas de cada paciente y su familia; análisis multivariable incluyendo como variables independientes los síntomas, las variables de función emocional, dependencia social (incluidas como ítems en las escalas); variables significativas en otros estudios publicados; variables significativas en el análisis univariable $p < 0.05$.

Como resultados aportan los siguientes: Incluyen 52 pacientes y 52 familiares, con un 50% de mujeres. El tiempo entre el diagnóstico y el inicio del estudio fue, para 34 de los 52 participantes, inferior a 6 meses (en nueve casos este dato no consta). En 34 pacientes la defunción se produjo antes de los 12 meses desde el diagnóstico. El estadio oncológico fue I en un caso, II en un caso, IIIa en 3

casos y IIIb y IV en 29 casos. En 18 pacientes este dato no consta.

En lo relativo a la correlación entre las escalas de pacientes y familias se establece una buena correlación para todos los ítems excepto en el relativo a dependencia funcional. En el caso de las encuestas completadas por los pacientes la dependencia funcional no parece afectar la percepción global de CV, mientras que en el caso de las familias, el hecho de que su familiar aumente en dependencia sí cambia su valoración de la CV del paciente.

Los síntomas que modifican más la percepción de CV global son el dolor, la fatiga, las náuseas y la anorexia.

En el análisis multivariable: La situación emocional condiciona de manera independiente la percepción de CV global tanto para los pacientes como para las familias. El nivel de dependencia condiciona de manera independiente la percepción de CV global para la familia. La situación de dependencia explica hasta el 27% de la variación en la CV percibida por los pacientes y el 46% en el caso de los familiares. Los síntomas en su conjunto, explican el 22% de la variación de la CV global tanto en pacientes como en familiares.

En el caso de los pacientes, las variables que miden función emocional son las que influyen de manera más importante en la CV global percibida. En el caso de los familiares, la situación emocional y el nivel de dependencia son las áreas que más influyen en la CV global percibida.

Comentario

Se trata de un trabajo interesante ya que profundiza en el tema de la CV intentando descubrir cuáles son los componentes de más impacto. Este análisis lo hace en un colectivo de pacientes con cáncer de pulmón. Aunque la muestra es pequeña, existen algunos valores perdidos, y el cáncer de pulmón tiene unas características propias que hacen difícil extrapolar los resultados a otras patologías, considero que el trabajo hace aportaciones interesantes. Corroborar la idea de que la CV percibida es algo subjetivo y que no tiene por qué coincidir la valoración del paciente con la de su familia. La situación emocional (las estrategias de afrontamiento o adaptación/desadaptación) juega un papel importante en la CV percibida. La dependencia funcional impacta más en la familia que en el propio paciente. Estos resultados confirman muchas de las intuiciones que como clínicos tenemos en nuestra actividad cotidiana, aunque llama la atención de que la disnea no aparezca como un síntoma que condiciona la CV. Por otro lado es seguro que el nº de encuestas se ha ido reduciendo a medida que los pacientes fallecían. Los autores no aportan datos al respecto, ni establecen cómo influye el progreso de la enfermedad en la CV percibida.

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 30-01-2008
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Revisión sistemática de la evidencia para mejorar

los cuidados paliativos al final de la vida.

Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2008;148(2):147-59.

Cerca el 30% del gasto sanitario se dedica a pacientes que están en su último año de vida. Los autores evalúan la evidencia que respalda las intervenciones dirigidas a la atención en la etapa terminal. Para ello revisaron las publicaciones en lengua inglesa en Medline, Database of Abstracts of Reviews of Effects y la bibliografía de National Consensus Project for Quality Palliative Care (1990-2005) y revisiones recientes (2005 a 2007). De los 24423 títulos se revisaron 1274 artículos, en los que se encontraron 89 estudios y 33 revisiones sistemáticas. Los resultados se refieren al tratamiento del dolor, de la disnea, de la depresión, a la planificación y la continuidad de cuidados y a la atención a cuidadores. En el tratamiento del dolor hay una evidencia fuerte que respalda el empleo de AINE, opioides, radioisótopos y radioterapia en enfermos oncológicos. La evidencia relativa a los bifosfonatos es menos consistente y es muy débil en relación con el impacto de los equipos multidisciplinares. No hay datos sobre control del dolor en demencia e insuficiencia cardíaca. En la disnea de enfermos con bronconeumopatía obstructiva crónica hay evidencia fuerte a favor del empleo de agonistas beta y opioides, aunque los datos tienen un seguimiento limitado, así como de la fisioterapia respiratoria y la oxigenoterapia en esfuerzos limitados. En la disnea del paciente oncológico la evidencia a favor de los opioides es más débil. Hay pocos datos sobre la planificación de los cuidados paliativos en la disnea y no los hay datos en relación con la disnea en insuficiencia cardíaca. En la depresión en pacientes con cáncer hay una evidencia fuerte a favor de la psicoterapia, los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de la serotonina. Respecto a la programación avanzada de cuidados hay una evidencia moderada a favor de las intervenciones multidisciplinares, aunque raramente se evalúan variables con relevancia clínica. En general, los resultados apoyan comprometerse con los valores, buscar personas que ayuden y centrarse en los protagonistas principales (pacientes, cuidadores, miembros del equipo). La continuidad de cuidados reduce los reingresos en enfermos con insuficiencia cardíaca. Hay datos sobre cuidadores en el ámbito de la demencia y también del cáncer. La atención específica, global e individualizada, puede tener una repercusión real pero muy discreta en los cuidadores. Por otra parte, hay datos que muestran que la intervención de equipos de Cuidados Paliativos mejora la satisfacción del cuidador.

Comentario

Los resultados de esta revisión se refieren a temas muy variados. Más allá del detalle de cada resultado (muchos de ellos ya conocidos) llama la atención cómo después de tantos años hay, lógicamente, evidencia fuerte en relación con cuestiones propias de los Cuidados Paliativos; pero la evidencia es todavía muy poca y no siempre se refiere a las cuestiones de mayor relevancia en el día a día de la atención

al paciente.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 30-01-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Metaanálisis acerca de la predicción de la supervivencia mediante el Palliative Performance Scale.

Downing M, Lau F, Lesperance M, Karlson N, Shaw J, Kuziemyk C et al. Meta-analysis of survival prediction with Palliative Performance Scale. *J Palliat Care.* 2007; 23(4):245-254.

La versión 2 del Palliative Performance Scale (PPSv2) se ha adaptado del Karnofsky Performance Scale (KPS) y evalúa 5 dimensiones: deambulación, nivel de actividad y evidencia de enfermedad, autocuidado, ingesta oral y nivel de conciencia. Para su puntuación, el PPS se divide en 11 niveles que van desde el PPS 0% hasta el PPS 100%, con incrementos del 10%. Un paciente con un PPS del 0% ha fallecido mientras que un paciente con un PPS del 100% está sano y controlado de manera ambulatoria.

El PPS se publicó por primera vez en 1996 por Anderson et al, desde el Victoria Hospice Society, como un instrumento destinado a medir cambios en el estado físico en pacientes paliativos.

El objetivo de este estudio es el de revisar el papel que tiene el PPSv2 en la predicción de la supervivencia en pacientes paliativos, a través de cinco equipos de investigación. El estudio incluye un total de 1808 pacientes y se estudian los siguientes parámetros: edad, género, estadio de la enfermedad y el PPS inicial. Los resultados revelan que existe una importante relación entre el PPS y la supervivencia de los pacientes estudiados. El estudio estadístico mediante la curvas de supervivencia de Kaplan-Meier muestran que cada nivel del PPS es distinto de los demás y que las puntuaciones más elevadas del PPS se asocian a una mayor supervivencia.

Comentario

Los resultados son consistentes con los hallados en la literatura donde se demuestra que a mayor puntuación en el PPSv2, mayor supervivencia. Muestra, sin embargo diversas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta: en primer lugar, no es posible determinar quién fue el encargado de pasar el test, ni si esta persona recibió el entrenamiento requerido para evitar este sesgo en la recogida de los datos; en segundo lugar, si bien la supervivencia de un paciente paliativo se afecta por el estado físico, no es menos cierto que también debería tenerse en cuenta que otros factores tales como la calidad de vida, la elección del paciente y la existencia de síntomas que produzcan mayor disconfort, deben ser tenidos en cuenta; en tercer lugar, la muestra de pacientes fue

heterogénea dado que los estudios se realizaron en ambiente ambulatorio, hospitalario y comunitario.

Journal of Palliative Care

Revisor: Jaime Canal Sotelo, 22-01-2008
UCP Hospital Jaime d'Urgell

Oxicodona y morfina poseen distintos perfiles farmacológicos: unión a radioligando y estudios de comportamiento del dolor neuropático en dos modelos murinos.

Nielsen CK, Ross FB, Lotfipour S, Saini KS, Edwards R, Smith MT. Oxycodone and morphine have distinctly different pharmacological profiles: Radioligand binding and behavioural studies in two rat models of neuropathic pain. Pain.2007(132):289-300.

Este grupo de investigadores mantiene que oxicodona y morfina poseen distintas propiedades farmacológicas. La más importante quizás, por su trascendencia en la práctica clínica, es que oxicodona es un agonista del receptor opioide kappa(2b) con muy escasa actividad sobre el receptor μ .

Los mismos autores habían llegado a la conclusión, en estudios anteriores, que el pretratamiento con nor-BNI (antagonista selectivo del receptor opioide kappa nor-BNI) a nivel del LCR, abolía el efecto antinociceptivo de oxicodona a nivel del SNC pero no así el efecto de morfina. Por el contrario, el uso de Naloxonazine (antagonista μ -selectivo), producía el efecto contrario.

En estudios clínicos sobre modelos murinos llevados a cabo mediante la lesión del nervio ciático como modelo de dolor neuropático, se demostró que oxicodona presentaba un mejor perfil analgésico que morfina.

Comentario

Distintos aspectos deben ser tenidos en cuenta cuando intentamos explicar los hallazgos de Nielsen y su grupo. En primer lugar, los opioides activan el sistema de la proteína G una vez se unen a sus receptores. Existen evidencias de que cada receptor opioide puede formar un heterodímero con cualquier otro receptor opioide. Este fenómeno de la heterodimerización conlleva cambios en la farmacología del receptor. De este modo, se ha sugerido que el supuesto receptor opioide kappa 2b representaría la heterodimerización de los receptores μ y kappa. Las diferencias entre morfina y oxicodona, a nivel de farmacocinética, son evidentes. La afinidad de oxicodona por el receptor opioide μ es 20 veces inferior al de morfina. De la misma manera, las concentraciones de oxicodona necesarias para activar el sistema de la proteína G es entre 3 y 8 veces superior a las concentraciones de morfina para el mismo fin. A pesar de esto, oxicodona presenta una potencia analgésica igual o sensiblemente superior a

morfina cuando ambas se administran por vía sistémica. Sin tener en cuenta que la biodisponibilidad de oxicodona cuando se administra por vía oral es claramente superior a morfina. Las vías metabólicas y los metabolitos activos de oxicodona y morfina, son sensiblemente distintos: en el caso de oxicodona, parece ser que es esta molécula y no su metabolito oximorfona, la responsable del efecto analgésico; en el caso de morfina, el efecto antinociceptivo es llevado a cabo, básicamente, por el metabolito M6G. Más recientemente se ha descubierto que oxicodona pasa mejor la barrera hematoencefálica (BHE) que morfina siendo ambas moléculas igual de hidrofílicas. Este hecho podría explicarse por la existencia de un mecanismo de transporte activo a nivel de la BHE. Por este motivo, las concentraciones de oxicodona en el cerebro son superiores a las de morfina, aunque las concentraciones plasmáticas de ambas sean similares. En el estudio que presentamos, se lleva a cabo la experimentación en modelos murinos y existen notables diferencias con el ser humano. No debe existir ninguna duda sobre el efecto de oxicodona sobre el receptor μ : produce efecto analgésico, depresión respiratoria, euforia y adicción; asimismo, causa menos disforia que morfina y no posee el efecto diurético de los receptores kappa. Además, existen evidencias clínicas en humanos que demuestran el efecto analgésico tanto de oxicodona como de morfina sobre el dolor neuropático.

Pain

Revisor: Jaime Canal Sotelo, 15-01-2008
UCP Hospital Jaime d'Urgell

Efectos de la hidromorfona en la ventilación en pacientes de cuidados paliativos con disnea.

Clemens K, Klaschik E. Effect of hydromorphone on ventilation in palliative care patients with dysnea. Support Care Cancer. 2008;16(1):93-9.

En este estudio se incluyen 14 pacientes de una unidad de cuidados paliativos con disnea moderada o severa (>4), según una escala numérica de 0 a 10. Estos pacientes estaban diagnosticados de cáncer avanzado-terminal y ninguno estaba diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se administraron dosis de hidromorfona por vía oral cada 4 horas y si era necesario dosis de rescate. No se administró ninguna otra medicación para el control de la disnea. Siete individuos llevaban tratamiento previo con opioides (3 fentanilo, 2 morfina y uno hidromorfona) cuyas dosis fueron convertidas a hidromorfona con las dosis-equivalencias 7,5:1 (morfina/hidromorfona), 1:13,3 (fentanilo/hidromorfona) y subieron la dosis de hidromorfona un 25% al que ya la tomaba previamente. Se valoraron: la escala de intensidad de disnea (0-10), la saturación de oxígeno periférica (SatO₂), la presión transcutánea de dióxido de carbono (tcpaCO₂) y la frecuencia respiratoria (FR), antes de la administración de la hidromorfona y en los 30, 60, 90 y 120 minutos después. La intensidad de disnea fue valorada en reposo y al

esfuerzo, antes de la administración de hidromorfona y en cada uno de los tiempos. La disnea resultó ser inferior ($p=0,001$) en todos los tiempos (en reposo y al esfuerzo), respecto de la basal. Respecto a la SatO₂ y la tpaCO₂, no hubo descensos ni aumentos significativos; en cambio, la FR sí mostró un descenso significativo a los 120 minutos (de $38,8\pm 4,9$ a $29\pm 3,1$ respiraciones por minuto). Concluye que la hidromorfona no induce depresión respiratoria y que puede ser efectiva en el tratamiento de la disnea, como alternativa de la morfina.

Comentario

El objetivo del estudio es demostrar la eficacia de la hidromorfona en el tratamiento sintomático de la disnea. La hidromorfona es un derivado sintético de la morfina utilizada en el control del dolor como alternativa a intolerancias a morfina. El estudio demuestra que la disnea, tras la administración de hidromorfona, mejora en lo que respecta a la FR y a la valoración de intensidad de disnea, sin empeorar (ni mejorar) SatO₂ ni tpaCO₂. Estos cambios se producen, además, a corto plazo, observándose ya a los 30 minutos de la administración de hidromorfona. Con todo esto, podemos considerar a la hidromorfona como una alternativa a la morfina, no sólo en el control del dolor sino también en el control de la disnea.

Sobre el modo de valoración de la disnea, en el estudio se debería haber especificado si la escala numérica de la disnea era realizada por el paciente o por el sanitario. Por otro lado, hay que valorar el esfuerzo que realiza este trabajo en introducir la metodología científica en el campo de los cuidados paliativos.

Manuel Sarmiento Cruz. MIR Medicina Familiar y Comunitaria

Supportive Care in Cancer

Revisor: María Nabal Vicuña, 02-02-2008
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Prevalencia elevada de dolor en pacientes oncológicos en los Países Bajos.

van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. Pain 132 (2007) 312-320.

Los autores realizan este estudio en una población seleccionada de pacientes oncológicos, entre noviembre de 2004 y junio de 2005. 1429 pacientes respondieron el cuestionario en que se valoraba el dolor (mediante el BPI –Brief Pain Inventory-) y el efecto analgésico después de una intervención farmacológica (mediante el PMI –Pain Management Index-). El 55% de los pacientes refirieron dolor en la semana previa a la encuesta; en el

44% ($n=351$) el dolor fue considerado entre moderado y severo (BPI  4). La relación entre la prevalencia total del dolor y el nº de pacientes con dolor moderado-severo fue de 49% / 41% en los pacientes bajo tratamiento con intención curativa > 6 meses; 57% / 43% si  6 meses; 56% / 43% en aquellos pacientes bajo tratamiento oncológico con finalidad paliativa y 75% / 70% en aquellos que no recibieron tratamiento oncológico específico. Los factores predictivos positivos para la prevalencia del dolor fueron: nivel educacional bajo y las neoplasias hematológicas (excluyendo los linfomas no-Hodgkin), neoplasias gastrointestinales, de pulmón y de mama. De acuerdo con el PMI, el tratamiento analgésico fue inadecuado en el 42% de los pacientes.

Comentario

Curiosamente, en este estudio realizado en un país centroeuropeo, sorprende como la prevalencia de dolor en pacientes oncológicos es inadmisiblemente alta. Con estos resultados en la mano es muy difícil defender posiciones próximas a la eutanasia dado que, en primer lugar, se deberían implementar medidas orientadas a la mejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, así como al control de síntomas, especialmente el dolor.

Pain

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 11-01-2008
UCP Hospital Jaume d'Urgell

La negación como una experiencia en enfermedades graves.

Chandra PS, Desai G. Denial as an experiential phenomenon in serious illness. Indian J Palliat Care. 2007;13:8-14.

La negación es un mecanismo de defensa, implícito o explícito, que se fundamenta en que tener menos conciencia de los problemas de la realidad, en este caso de la enfermedad y de su pronóstico, puede evitar parte del sufrimiento inducido por este problema. Esta negación puede tener también un efecto beneficioso al amortiguar y ralentizar el impacto de las malas noticias. No se conoce la prevalencia real de la negación en enfermos oncológicos; de hecho las estimaciones varían en un rango que abarca desde el 4% al 70%. Es posible definir varios grados de negación. El primero es el rechazo de la evidencia de enfermedad y del diagnóstico, que lleva a evitar pensar en ello y en una respuesta emocional mínima o nula. El segundo, el rechazo del tratamiento, que se traduce también en retrasos e incumplimientos y en la tendencia a minimizar los síntomas o sus repercusiones. El tercero, la negación del pronóstico y del impacto de la enfermedad, que se expresa, por ejemplo, en un optimismo exagerado o en plantear unas expectativas que no son realistas. En ocasiones la negación se puede manifestar como un exceso

de autonomía del paciente en sus decisiones, en la reticencia a aumentar las dosis de analgésicos cuando el dolor crece o en plantear preguntas que presuponen una respuesta optimista. La recomendación general es la de respetar la negación del paciente mientras no repercuta de manera negativa sobre él o en terceras personas.

Comentario

El trabajo es interesante. Afrontamos a diario cuadros de negación, sobre todo en pacientes y, en ocasiones, en familiares. Sin embargo, no los apreciamos porque los asumimos como algo normal o porque aún no tenemos la sensibilidad necesaria para apreciarlos. Además, en ocasiones la negación está inducida o facilitada por el sistema sanitario y familiar que reduce y orienta la información. La dificultad en el diagnóstico de este proceso se puede superar, en parte, si de cada paciente se tienen datos reales sobre cuál ha sido la información que ha recibido, de qué manera la ha comprendido y cómo ha sido su reacción emocional ante esta información. Cuando alguno de estos pasos no es coherente con el anterior se debería sospechar un proceso de negación de los hechos.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 10-02-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Utilidad de la biopsia con aguja gruesa en recurrencia y estadios avanzados de cáncer de cabeza y cuello en enfermos paliativos.

Ridder GJ, Pfeiffer J. Usefulness of cutting needle biopsy in recurrent and advanced staged head and neck malignancies in a palliative setting. Support Care Cancer. 2007;15:1301-1307.

Ridder y Pfeiffer publican una descripción de 74 biopsias con aguja gruesa en 32 pacientes con cáncer de cabeza y cuello, primario o metastático (15 carcinoma escamoso de tracto digestivo-respiratorio alto, 7 linfomas, 1 sarcoma, 3 cáncer de piel, 3 de glándulas salivares, 1 cordoma, y 2 metastáticos), considerados paliativos por diseminación o imposibilidad de tratamiento curativo por las condiciones del paciente. El tejido era indurado en los que habían sido radiados (12 radioterapia y cirugía, y 1 radioterapia sola), pero no presentaba edema. Explican que previamente realizaron un estudio ecográfico minucioso de las características anatómicas de la lesión y con eco doppler de la presencia de vascularización. La biopsia se hizo sólo con anestésico local, excepto en tres casos que se realizó durante una anestesia total por otra razón. Las hicieron guiados por ecografía, según ellos en lesiones superficiales y grandes no sería necesario pero lo prefirieron para evitar obtener tejido necrótico y no tumoral. Obtuvieron buena cantidad de tejido en los 32 casos, y sólo en 2 el material no fue diagnóstico y se tuvo que hacer biopsia abierta. No ocurrió

ninguna complicación mayor ni menor. Basándose en estudios de Grundmann et al., los autores descartan la posibilidad de diseminación de células tumorales a través del trayecto de la aguja. Los autores concluyen que la biopsia con aguja gruesa en pacientes paliativos con tumoraciones de cabeza y cuello es preferible porque obtiene tejido tumoral más fácilmente que con la aguja fina, tiene menos complicaciones que una biopsia abierta, es rápida y poco molesta para el paciente. Proponen que también puede ser la exploración de elección en algunos pacientes de recién diagnóstico.

Comentario

Tal como argumentan los autores, en el contexto del paciente paliativo con cáncer de cabeza y cuello avanzado o en recidiva, la confirmación histológica debe ser rápida y precisa para planificar un buen plan terapéutico; es especialmente deseable que la exploración para obtener la biopsia sea lo menos agresiva posible. Para obtener buena muestra de tejido la biopsia abierta es el gold estándar, pero es localmente invasiva, requiere una preparación especial, y puede dar complicaciones locales especialmente en un tejido cicatricial y a menudo irradiado. Por otro lado, la punción con aguja fina puede no obtener suficiente muestra, el estudio citopatológico puede ser algo dificultoso, y no es útil cuando se precisa indemne la arquitectura del tejido para hacer el diagnóstico. La biopsia con aguja gruesa puede ser una solución en este sentido. Pero la muestra obtenida con aguja fina es más adecuada para el diagnóstico por citometría de flujo y es todavía más sencilla de realizar que la biopsia con aguja gruesa, por lo cual a mi entender la biopsia mediante punción con aguja fina es preferible en la mayoría de casos con cáncer sólido de cabeza y cuello.

Verónica Romaní Costa.

Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos.
Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona.

Supportive Care in Cancer

Revisor: , 15-02-2008

Dipirona asociada a morfina oral en el dolor por cáncer: cuanto antes mejor.

Duarte Souza JD, Lajolo PP, Pinczowski H, del Giglio A. Adjunct dipyron in association with oral morphine for cancer-related pain: the sooner the better. Support Care Cancer. 2007;15:1319-1323.

Presentan un estudio en pacientes con dolor oncológico, naives para opioides mayores, randomizado a morfina y placebo versus morfina y dipirona (metamizol), doble ciego, y cruzado. Randomizaron los 34 pacientes, 16 a tomar morfina oral 10mg cada 4 horas y placebo (grupo 1), y 18 a tomar la misma dosis de morfina y dipirona oral 500mg

cada 6 horas (grupo 2). A las 48 horas, el grupo 1 cambió el placebo por dipirona y el grupo 2 viceversa. Excluyeron los pacientes con dolor neuropático y pacientes que estuvieran tomando dipirona; durante el estudio no tomaron otros analgésicos, aines o corticoides. Los pacientes evaluaron su dolor con una EVA de 0 a 10 en la visita de entrada en el estudio, y telefónicamente a las 48 y a las 96 horas. Las medias de las evaluaciones de dolor fueron 7.31 basal, 7.06 tras las primeras 48 horas o primera fase, y 3.18 tras la segunda fase para el grupo 1, y 6.88, 5.5, y 1.94 para el grupo 2. El descenso en la escala de dolor con morfina y dipirona fue estadísticamente mayor que con morfina sola en los dos grupos. El 85% de los pacientes prefirieron el tratamiento con la combinación de los dos fármacos. Sorprendentemente, el mejor control del dolor en el grupo 2, persistió durante la segunda fase del estudio a pesar de haber cambiado dipirona a placebo; según los autores este resultado inesperado podría responder a que la precocidad en conseguir analgesia efectiva supone mejor control del dolor posteriormente. Concluyen que la dipirona añadida a la morfina aporta un aumento del efecto analgésico, y que si dipirona se administra desde el inicio del tratamiento con morfina se acorta el tiempo necesario para conseguir analgesia y el control posterior es mejor, incluso después de retirar la dipirona.

Comentario

En el tratamiento del dolor por cáncer, a pesar de utilizar opioides a menudo se tarda algún tiempo en lograr el objetivo. Tal como citan los autores, Stockler et al. ya demostró con el paracetamol que un analgésico menor añadido al opioide puede mejorar el control del dolor. Y de hecho, habitualmente, al iniciar tratamiento con opioides no retiramos alguno de los analgésicos menores utilizados previamente. Es bueno crear evidencia para la práctica clínica, aunque sea para confirmar nuestra práctica habitual. El estudio parte de un objetivo concreto, el diseño es bueno, y los resultados son interesantes.

Verònica Romaní Costa.
Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos.
Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona.

Supportive Care in Cancer

Revisor: , 21-02-2008

Acupuntura en Cuidados Paliativos.

Faily J, Oneschuk D. Acupuncture in palliative care. Support Care Cancer. 2007;15:1003-1007.

Faily y Oneschuk se propusieron explorar el conocimiento y el interés por la acupuntura de los pacientes oncológicos paliativos. El estudio se llevó a cabo en una unidad de agudos de cuidados paliativos; describen la unidad con 233

ingresos entre 2005 - 2006, con pacientes que padecen síntomas físicos de difícil control y estrés psicosocial, y con una mortalidad del 67%. Diseñaron una encuesta que pregunta: ¿qué sabe usted sobre la acupuntura? ¿Ha utilizado usted la acupuntura alguna vez? ¿Para qué? ¿Cómo le resultó? (escala de 0-5), ¿Le interesaría recibir acupuntura en la unidad? ¿Tendría alguna inquietud o comentario al respecto? De marzo a diciembre 2006 obtuvieron 50 cuestionarios. El 54% de los pacientes conocían qué es la acupuntura; 30% habían recibido acupuntura previamente para situaciones médicas no oncológicas, y 10% para su enfermedad oncológica; la mayoría evaluaron la experiencia previa con moderado o elevado alivio del síntoma que se trató. Los autores destacan que aunque la mitad de la muestra conocía correctamente la acupuntura, y que los que la habían utilizado previamente la puntuaban con buenos resultados, solamente 10% la utilizaron para la enfermedad oncológica; lo cual atribuyen a que las terapias convencionales se consideran la primera línea de tratamiento para el cáncer. Hasta un 80% de los encuestados afirmaron querer recibir acupuntura; solo 30% expusieron alguna reticencia. Los autores atribuyen tan buena predisposición para recibir acupuntura a la intensidad de los síntomas que padecían los pacientes, el antecedente de fracaso con las terapias convencionales y la facilidad de acceso a la propuesta. Destacan que ningún paciente se preocupó por el coste del tratamiento, y que sólo un paciente preguntó por posibles efectos secundarios. Los autores concluyen que el tratamiento con acupuntura debería poderse ofrecer a los pacientes de su unidad de Edmonton Palliative Care; y que si fuera el caso, habría que ofrecer más y mejor información sobre este tratamiento y sus limitaciones.

Comentario

El estudio sólo describe qué opinan sus pacientes paliativos de la acupuntura. Pero para poder concluir que se debería incorporar este tratamiento en la unidad, que es lo que pretenden, precisarían otro tipo de estudio con evidencia de resultados. Por otro lado, es seductora la idea de integrar la acupuntura en nuestro plan terapéutico; y en ese sentido, me parece interesante la intención de los autores.

Verònica Romaní Costa.
Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos.
Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona.

Supportive Care in Cancer

Revisor: , 27-02-2008

Darbepoetina alfa en el tratamiento de la anemia en pacientes oncológicos con tumor activo que no reciben quimioterapia o radioterapia: resultados de un ensayo clínico en fase III de distribución aleatoria multicéntrico, doble ciego y controlado

con placebo.

Smith RE Jr, Aapro MS, Ludwig H, Pintér T, Smakal M, Ciuleanu TE, et al. Darbepoetin alfa for the treatment of anemia in patients with active cancer not receiving chemotherapy or radiotherapy: results of a phase III, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Oncol.* 2008;26:1040-50.

Este ensayo en fase III de distribución aleatoria se llevó cabo con enfermos oncológicos con tumor activo sin tratamiento oncológico activo y con una expectativa de supervivencia de al menos cuatro meses y con un nivel de hemoglobina inferior a 11 g/dl. Con una distribución doble ciego, en un brazo se administraba darbepoetina (6,75 mcg/kg) y en el otro placebo cada cuatro semanas a lo largo de 16 semanas. A los que completaron el estudio se les dio la opción de mantener el mismo tratamiento otras 16 semanas. Se incluyeron 989 pacientes: 51% varones y 49% mujeres, con una mediana de edad de 65 años. Sólo completaron el estudio 517 (52%); las causas principales para no concluir el estudio fueron la progresión de la enfermedad (42%), la retirada del consentimiento (21%) y el fallecimiento (18%). La proporción de enfermos que no recibió transfusión entre la semana 5 y la 17 fue mayor con darbepoetina (81% vs. 76%; $p=0,06$), al igual que el incremento del nivel de hemoglobina (0,3 vs. 0,7 g/dl; $p<0,001$). En las 16 semanas iniciales de tratamiento los enfermos con darbepoetina padecieron más episodios de problemas cardiovasculares y tromboembólicos. La supervivencia a largo plazo fue menor con darbepoetina (HR=1,22, CI 95% 1,03-1,45; $p=0,02$). Esta diferencia fue menos evidente en el análisis en que se incluían los demás factores pronósticos (HR=1,15, CI 95% 0,97-1,37; $p=0,12$).

Comentario

Este estudio muestra, de nuevo, la eficacia del tratamiento con eritropoyetina o derivados en el tratamiento de la anemia y en la reducción de transfusiones de sangre en enfermos oncológicos, en este caso con cáncer avanzado. Y, a la vez, vuelve a sugerir que el empleo de estos fármacos puede asociarse no sólo a los efectos secundarios ya conocidos, como los vasculares y tromboembólicos, sino a una reducción discreta pero real de la supervivencia. Este ensayo tiene las limitaciones metodológicas que los propios autores presentan, como el número reducido de pacientes que concluye el estudio o la reducción de la significación estadística del efecto en la supervivencia en el estudio multivariante. Aun así, los resultados tienen la virtud de respaldar la tendencia que ya se había observado en estudios previos, incluidos metaanálisis.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 05-03-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Ensayos clínicos en tratamiento paliativo: ¿han cambiado de sitio los postes de la portería?

Kirkbride P, Tannock IF. *Trials in palliative treatment - have the goal posts been moved? Lancet Oncol.* 2008;9:186-7.

Los tratamientos oncológicos buscan aumentar la duración y/o la calidad de la supervivencia. Se estima que el impacto global de la quimioterapia en el aumento de la supervivencia en enfermos con cáncer no alcanza un 3% a cinco años. Sin embargo, son numerosos los ensayos en el ámbito de la quimioterapia y el tratamiento sistémico que se centran en un aumento de la supervivencia y que no evalúan adecuadamente el impacto en la calidad de vida. Muchos pacientes consideran que el beneficio en supervivencia de un tratamiento con quimioterapia debería ser de al menos tres meses. Y hay autores que proponen que para poder respaldar un nuevo tratamiento debe ofrecer un aumento de la supervivencia al menos similar al tiempo que se padecen sus efectos secundarios. Aun así, las agencias que determinan qué fármacos se aprueban en las diferentes indicaciones siguen teniendo en cuenta beneficios marginales, hasta de menos de un mes, en la supervivencia aunque suponga un aumento de los efectos secundarios y no se asocie a un beneficio en la calidad de vida. Este hecho no suele darse con la radioterapia paliativa ya que los ensayos suelen estar más centrados en el alivio de síntomas que en la supervivencia. Cualquier beneficio en calidad de vida, que incluye la paliación de síntomas, debería poderse documentar con instrumentos de medida adecuados. Para esto se pueden emplear también variables compuestas, como la del beneficio clínico que integra dolor, estado general y ganancia de peso. En cualquier caso habría que conocer, cuando no es posible optar a los dos objetivos, prolongación de la supervivencia e impacto en la calidad de vida, cuál de ellos es lo que más valoran los enfermos con cáncer avanzado. Y en función de ello plantear los ensayos clínicos en estos pacientes.

Comentario

Es interesante cómo todavía en el año 2008 se siguen tratando, como sucede en este comentario editorial, cuestiones relativas al beneficio de la quimioterapia en el cáncer avanzado. En todo caso, el resumen sería que hay que evitar apriorismos e insistir en conocer qué es lo que el paciente considera prioritario: prolongación de la supervivencia o mejoría de la calidad de vida como concepto abstracto o, como algo más en concreto, control de síntomas.

Otras revistas

Revisor: Álvaro Sanz Rubiales, 09-03-2008
Hospital Universitario del Río Hortega

Tendencias del consumo de analgésicos opioides en España. Mayores aumentos coincidiendo con el remplazo de morfina por fentanilo.

Garcia del Pozo J, Carvajal A, Vilorio JM, Velasco A, Garcia del Pozo V. Trends in the consumption of opioid analgesics in Spain. Higher increases as fentanyl replaces morphine. Eur J Clin Pharmacol. 2008; 64:411-415.

El objetivo del trabajo realizado por J.García del Pozo et al, del Instituto de Farmacoepidemiología de la Universidad de Valladolid fue valorar el consumo de opioides en España, que son piedra angular en el control del dolor severo. Según la Organización Mundial de Salud, el consumo de morfina de un país es un indicador importante del progreso en control del dolor de cáncer. Los datos para este estudio fueron obtenidas de la base de datos ECOM (Especialidades de consumo de medicamentos) del Ministerio de Salud. Estos datos estaban expresados en las dosis diarias definidas (DDD) por 1000 habitantes y día. Los resultados obtenidos muestran cambios considerables en el tratamiento del dolor severo en España.

Los resultados reflejan un aumento en el consumo de opioides en 14 veces, desde 0,3 DDD/1000 habitantes por día en 1992 hasta 4,4 DDD/1000 habitantes por día en 2006. Para los seis opioides que requieren una receta especial de prescripción (morfina, metadona, petidina, oxycodona, tilidina y fentanilo) el consumo ha aumentado desde 0,1 DDD/1000 habitantes y día en 1992 hasta 1,2 en 2006. Durante mismo período, los costes totales de estas prescripciones se multiplicaron por 36,8 y el coste por paciente y día se duplicaron. El nuevo patrón de consumo en España coincide parcialmente con el de otros países, tales como Dinamarca o Noruega. El consumo de oxycodona en España es muy baja (0,3 DDD/1000 habitantes por día en 2006) en comparación con Dinamarca (2,3 DDD/1000 habitantes por día en 2003). Del mismo modo, el consumo de tramadol en Dinamarca alcanzó los 6,29 DDD/1000 habitantes por día en 2003 aunque en España el valor era solamente de 1,65 en 2003.

Aunque la morfina oral se considera como tratamiento de primera elección del dolor moderado y severo, durante los últimos años algunos investigadores han identificado cierta morfínofobia. En España el consumo de morfina no ha aumentado desde 1998, fecha en que se comercializa fentanilo.

Las razones psicológicas y culturales se han sugerido como las causas primarias de esta morfínofobia: los doctores evitan el uso de esta droga porque se asocia a las fases terminales de la enfermedad y de final de la vida. Este hecho puede contribuir a un cambio en el uso de otros opioides, tales como fentanilo y oxycodona.

Comentario

Interesante estudio en el que se muestra como el consumo de opioides en España va aumentando y acercándose al de otros países europeos considerados como pioneros en el uso de opioides en el tratamiento del dolor crónico de intensidad moderada a severa. La baja prescripción de

oxycodona se explicaría por su aún reciente comercialización en nuestro país.

Pero los datos obtenidos en este estudio no son homogéneos en cuanto a que se detectan variaciones interesantes dependiendo de los distintos ámbitos geográficos considerados. Así, en un reciente trabajo (Escortell y Canal) observan como existen diferencias significativas en cuanto a la prescripción de fármacos opioides mayores entre la región sanitaria de Lleida y el área 3 de gestión de salud de Madrid, donde los opioides que se administran por vía transdérmica son los más prescritos (en Lleida son el 97% -fentanilo 52%- de las prescripciones mientras que en Madrid son el 92% -fentanilo 88%), mientras que morfina se prescribe en menos del 10% de las ocasiones (Lleida 3% y Madrid 8%).

Volodymyr Monastyrsky. MIR Medicina Familiar y Comunitaria.

Otras revistas

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 27-03-2008
UCP Hospital Jaume d'Urgell

Efecto sinérgico entre tramadol y fármacos anticonvulsivantes en el tratamiento de la alodinia producida por lesión de raíz nerviosa.

Codd EE, Martinez RP, Molino L, Rogers KE, Stone DJ, Tallarida RJ. Tramadol and several anticonvulsants synergize in attenuating nerve injury-induced allodynia. Pain. 2008; 134:254-262.

Dadas las múltiples causas del dolor neuropático se han estudiado diversos tratamientos. En el presente estudio se analiza el sinergismo del tramadol junto con algunos anticonvulsivantes como son: topiramato, RWJ 333369, gabapentina y lamotrigina en diversas proporciones. Se trata de un estudio con ratones a los cuales se les realizaba ligadura de raíz nerviosa L5 para provocar alodinia. Se observó que las combinaciones de tramadol con topiramato y RWJ-333369 tienen efecto sinérgico o supra-aditivo en todas las proporciones estudiadas; en cambio, las combinaciones tramadol-lamotrigina o tramadol-gabapentina el sinergismo depende de las proporciones de los fármacos e incluso se han descrito efectos sub-aditivos. Además se ha observado que la combinación tramadol-topiramato resulta útil en el tratamiento del dolor nociceptivo.

Comentario

El dolor neuropático es uno de los dolores de más difícil control, por tanto, todos aquellos estudios dirigidos a encontrar diferentes opciones terapéuticas resultan muy interesantes.

El efecto sinérgico encontrado en todas las proporciones de la combinación tramadol-topiramato puede ofrecer

además del efecto analgésico, la capacidad de disminuir dosis de los fármacos disminuyendo así los efectos secundarios de los mismos. Pero no hemos de olvidar que tanto el tramadol como topiramato tienen efectos secundarios nada despreciables en especial en ancianos y enfermedad avanzada.

Harán falta estudios en humanos para valorar la efectividad de dicho sinergismo.

L. Villalba. MIR Medicina Familiar y Comunitaria.

Pain

Revisor: Jaume Canal Sotelo, 06-04-2008
UCP Hospital Jaume d'Urgell
